DOI：10.12209/issn2708-3845.20230309001
版本号：V1.0

一例带状疱疹患者的护理个案报告

李庆玲，高冬华

（北京中医药大学东方医院西院区综合病房，北京 100078）

【摘要】目的 探讨采用中医外治疗法对带状疱疹伴有神经疼痛临床疗效的影响。**方法** 针对1例带状疱疹伴有神经疼痛，应用中药塌渍、红外线照射等治疗，以改善患者带状疱疹伴神经疼痛症状的临床疗效。**结果** 采用中医外治方法，此例带状疱疹伴神经疼痛患者，带状疱疹皮疹基本恢复、神经疼痛基本减轻 **结论** 中药塌渍等治疗带状疱疹伴神经痛，效果明显、无副作用，是辅助常规治疗缓解症状的关键。

【关键词】带状疱疹、神经疼痛、中药塌渍、红外线照射

引言

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒所致的急性皮肤黏膜感染性疾病。临床上以突然发生的、沿神经带状分布、单侧分布、密集成群的疱疹为特点，疼痛明显，愈后极少复发。老年人群大多患有基础疾病，且身体较差，免疫功能明显下降，一旦被水痘-带状疱疹病毒感染后极容易发病，且临床表现明显，疼痛剧烈，且易出现多种并发症，治疗难度相对较大，严重影响患者生活质量[1]。中医外治法治疗带状疱疹为一种特色疗法，本文总结 1 例带状疱疹患者的护理措施，现报告如下：

1 临床资料

1.1 一般资料

患者，女，王 XX，91 岁。主因“左侧胸背及上臂疼痛半个月，加重一周”，于 2023 年 2 月 17 日入院治疗。西医诊断：带状疱疹；中医诊断：蛇串疮，肝经湿热证。

患者半个月前无明显诱因左侧胸背及上臂疼痛不适，未予重视，1 周前原疼痛部位出现皮疹，疼痛加重，后就诊于我院我科门诊，诊断为“带状疱疹”。入院时症见：左侧胸背及上臂起皮疹，伴疼痛，无口干口苦，纳眠可，大便干，约两日一行，小便调。否认过敏史。

1.2 体格检查

左侧胸背及上臂泛发大片红斑，红斑基础上簇集粟粒至绿豆大小丘疱疹、水疱，部分融合成脓，

未见明显渗，皮疹呈单侧带状分布。舌红，苔白，脉弦滑。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 疱疹发生的时间、诱因、部位、皮损程度、伴随症状和用药情况等。

2.1.2 评估疼痛特点、性质、程度、用药及其控制情况。对疼痛的评估通常采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评分或数字评分法(numerical rating scale, NRS)评分，此类方法是病人主观对疼痛感受的评估，与病人文化程度高低、表达能力和对评估方法的理解掌握密切相关[2]。

2.1.3 心理状况　有无紧张、焦虑、抑郁等，睡眠质量的好坏。患者长时间伴随着疼痛，随着病程的增加，疼痛程度也随之增加，长时间的疼痛严重影响着患者的睡眠质量和生活质量[3]。

2.2 护理诊断及护理措施

2.2.1 疼痛：与疾病引起的神经疼痛有关。护理措施：遵医嘱规律使用止痛药。充分发挥心理镇痛的效果，保持病室安静，尽量减少不必要的刺激。

2.2.2 便秘：与患者大便干燥有关。护理措施：指导患者合理饮食，尽量多饮白开水，忌食辛辣刺激性食物。养成定时排便的习惯，并适当活动。保持心情舒畅。

2.2.3 有感染的危险：与免疫力低下有关。护理措施：加强营养，增强机体抵抗力，局部如有破溃应及时换药，保护创面不受感染，遵医嘱使用抗生素预防感染 。

2.2.4 皮肤完整性受损的危险:与带状疱疹引起的皮肤损伤有关。护理措施：加强皮损区的护理，避免疱疹收到摩擦，红光照射血痂处。

2.3 预期目标

根据患者自身情况，一周左右使患者疱疹干涸、结痂脱落，局部暂时性留有淡红斑或色素沉着。疼痛可以明显缓解甚至消失。

2.4 常规护理

2.4.1 饮食护理　宜清淡易消化，营养丰富，高维生素、高蛋白，无刺激软饮食为主，如粥、面、牛奶、鸡蛋、鱼肉、豆制品及新鲜蔬菜水果、汤类，避免辛辣刺激燥热食物，如煎蛋、油炸排骨、辣椒等食物，忌发物类食物，如鹅肉、酒类等[4]。

2.4.2 皮肤护理　保持创面清洁，干燥，避免继发感染，衣着柔软，避免摩擦加重。

2.4.3 心理护理：进行责任制整体护理：责任护士与患者建立良好护患关系，互相信任，可分散患者注意力。心理护理是辅助治疗的一种护理服务，是在患者治疗期间帮助患者疏导负面情绪，取得患者的信任，使其积极配合治疗和护理，并通过转移注意力、成功治愈患者。同时心理护理是以整合患者性格特点、文化程度和背景、家庭条件为前提而采取的心理疏导方案,能够有效减轻疾病带来的应激反应[5]。

2.5　治疗方法

2.5.1 西医：常规以阿昔洛韦氯化钠注射液 250ml qd9 静滴，阿昔洛韦 2 片 tid 口服以抗病毒，甲钴胺 1 片 tid 口服以营养神经。

2.5.2 中药口服：中医学认为本病是由于情志内伤，肝气郁结，久而化火，肝经火盛或脾失健运，运湿化热，湿热搏结，久之则气滞血瘀，阻滞经络而引起本病，临床上以肝经郁热证较为多见，治疗多以清热利湿、活血止痛为其根本大法[6]。以自拟方加减清热解毒，甘草 10g、延胡索 15g、炒穿楝子 9g、黄芩 10g、醋北柴胡 10g、醋香附 10g、车前子 15g、川牛膝 15g、黄柏 12g、薏苡仁 30g、炒苍术 10g、白花蛇舌草 15g。

2.5.3 中医外治：每日予局部中药塌渍治疗。中药塌渍是将药物通过皮肤给药的方式经局部微循环进入体循环，达到通行气血、调节阴阳，起到治疗疾病的目的[7]。具体操作：（1）操作前准备：将外治处方颗粒剂取回后用热水搅匀，调和成糊状（外治方选用失笑散加减，方含马齿苋 60g、黄柏 40g、苦参 30g、车前草 15g、金银花 20g、白花蛇舌草 15g）；（2）协助患者采取舒适体位；（3）将提前准备好的中药用一次性压舌板均匀涂抹于患者疱疹处,并用纱布覆盖,随后用红外线局部照射 20 分钟。操作中注意手法轻柔，勿触及患者疼痛区域。红外线照射治疗基础为温热效应，促进细胞分子活动，局部产生热作用，扩张血管，堆积疼痛因子，迅速吸收代谢产物和炎性物质并消散，促进局部疱液吸收，减少渗出；红外线热作用使神经末梢兴奋性下降，恢复神经功能，止痛、镇静、消炎；促进血液循环，支持局部营养，改善细胞吞噬功能，促进组织再生，修复损伤神经，加快形成痂皮速度，促进创面愈合[8]。（4）频率：每日一次，也可依据患者情况进行调节。（5）中药以失笑散加减，全方凉血活血，散瘀通络，行气止痛，配合局部红外线照射 20min，以促进局部细胞新陈代谢，增加有氧呼吸功能、激活酶功能,调节免疫机制,平衡机体免疫功能。

2.6　疗效观察

5 日后查房，患者疱疹处皮肤泛红较前减轻，疱疹基本干涸，即将脱落，疼痛亦较前减轻，局部灼

热感基本消失，且夜间未诉加重。患者睡眠较前好转。住院一周后患者疼痛较前明显好转。遵医嘱出院。后进行出院随访，患者疼痛未再复发，疱疹结痂已基本脱落。嘱其定期复查。



2.7 延续护理

本例带状疱疹患者目前并无后遗神经痛，但预防依然相当重要。带状疱疹后遗神经痛发生率随着年龄增加而升高，且疼痛剧烈，严重影响患者的生活质量。常规治疗包括使用麻醉止痛药、抗抑郁药以及神经阻滞疗法等，但疼痛缓解效果差、不良反应大，停药后易反复发作，患者依从性差。中西医结合标本兼治是治疗安全有效的手段之一，在临床应用中具有良好前景[9]。预防可针对病人情况，采用不同治疗方法，中医主要以活血化瘀、行气止痛为法，再配以针刺、拔罐、灸法等，还可采用局部封闭和神经阻滞，而物理疗法和外用疗法是副作用较小且安全的疗法。

3 讨论

带状疱疹是由水痘—带状疱疹病毒再激活导致的一种感染性疾病，多因难以忍受的神经痛就诊，最普遍的并发症是带状疱疹后遗神经痛，可持续数月至数年，疾病的管理复杂，严重影响患者的日常生活[10]。带状疱疹若治疗不及时或治疗无效，可增加患者出现后遗症如神经痛、皮肤感染、耳朵受累等风险，严重者甚至危及生命。

中医辩证治疗带状疱疹分为三种类型：①肝经郁热型，②脾虚湿蕴型，③气滞血瘀型[11]。本例带状疱疹伴神经痛患者属于①型，治疗方法除常规应用抗病毒药物外，根据辩证分型予患者口服自拟中药方配合治疗后，效果更佳显著。且中药塌渍在带状治疱疹治疗中得到了良好的应用，也取得了较好的治疗效果。不过，在采取中药塌渍治疗时，应防止出现烫伤与药物过敏情况，若发生烫伤，应及时使用生理盐水冲洗，并外敷清热解毒药物；若出现药物过敏的，应及时停止用药，并给予抗过敏类药物治疗[12]。《理瀹骈文》曰：“内治之理亦外治之理，外治之药亦既内治之药”。吴师机提出的外治理论至今仍在临床外治中起着重要指导地位。故代红雨医师在嘱该患者内服常规抗病毒、营养神经等药物的基础上，

亦注重中药塌渍外治法在带状疱疹治疗中的应用。药物外敷直接作用于患处，使药力渗透直达病所，避免了脏腑代谢、消耗。现代研究发现中药外敷的疗效作用机制可能是通过“微作用、微刺激、微吸收”3种方式调整神经-内分泌-免疫网络紊乱，从而达到治疗目的[13]。

本护理个案显示：中药塌渍及红光照射对带状疱疹皮疹及神经疼痛的临床治愈效果显著，可以明显减少患者疼痛持续时间，增加患者的舒适度，此项操作简便、易学、无创、无不良反应，患者情感上容易接受，依从性好，具有中医“简、便、廉、验”的特点。中西医结合治疗带状疱疹比单纯性西药治疗带状疱疹结痂快,止痛作用强,病程短,毒副作用小,值得在临床上推广应用[14]。

总之，中医治疗带状疱疹的特色外治法，有别于西医治疗中无差别的抗病毒、消炎治疗。攻补兼施，不仅直驱病邪，又调动、鼓舞人体自身正气以驱邪，这是中医治疗带状疱疹的特色，也是相较于西医治疗的优势所在，不仅缓解了患者的身心痛苦，而且标本兼治，调整脏腑功能，降低了后遗神经痛的发生率[15]。故采用中西医结合、中医内外同治等方法，良效更佳。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] 余建华,宋晓依.个性化护理干预在老年带状疱疹中的应用效果[J].皮肤病与性病,2021,43(3):432-433.

[2] 顾丽丽,曹新添,许牧,等.红外热成像在治疗老年胸背部带状疱疹后神经痛临床疗效评估中的应用[J].中国疼痛医学杂志,2021,27(8):624-626.

[3] 汤冰玥,楼燕凤.疼痛护理联合知识宣教对带状疱疹后遗神经痛患者 NRS 评分的影响[J].长春中医药大学学报,2020,36(1):177-179.

[4] 王渭玲,冯利,秦瑛.心理护理在带状疱疹后遗神经痛患者中的应用价值[J].当代护士(下旬刊),2019,26(2):143-144.

[5] 康雪莲.健康教育和心理护理对老年带状疱疹后遗神经痛患者的临床效果[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(20):190.

[6] 刘坤,吴心力,王英丽.自拟中药方联合中药塌渍治疗带状疱疹后遗神经痛临床疗效[J].中外医疗,2020,39(4):155-157.

[7] 刘坤,吴心力,王英丽.自拟中药方联合中药塌渍治疗带状疱疹后遗神经痛临床疗效[J].中外医疗,2020,39(4):155-157.

[8] 方申菊.中药塌渍联合红外线照射及复方倍他米松注射液治疗带状疱疹临床研究[J].新中医,2022,54(9):130-133.

[9] 陈敬德,王东雁,王帆,等.活血蠲痛方与穴位注射治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效观察[J].中

国中西医结合急救杂志,2020,27(2):165-168.

[10] 邓慧杰,刘芳勋.我国带状疱疹流行病学特征及疫苗免疫规划研究进展[J].中国继续医学教育,2021,13(19):135-138.

[11] 张维芝,张维峰,张德庆等.带状疱疹的临床类型探讨[J].特别健康，2020，（4）：155-156.

[12] 闫静.活血散瘀汤联合中药塌渍治疗带状疱疹后遗神经痛疗效研究[J].母婴世界,2018(14):100.

[13] 田硕,苗明三.基于神经-内分泌-免疫网络探讨中药外用作用机制——“三微调平衡”[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(4):6-12.

[14] 谭喜云.中西医结合治疗带状疱疹 30 例的体会[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,6(12):148-149.

[15] 李茜,吴明霞.中医外治法治疗带状疱疹治法综述[J].中国医药导刊,2020,22(12):865-869.